

**Verein  
Luzerner  
Wundmanagement**

# **Basiswissen Hygiene und Wund- Dokumentation**

# Hygiene im ambulanten Bereich

# Hygiene in der Literatur



Hochschule Osnabrück  
University of Applied Sciences

Deutsches Netzwerk für  
Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.)

**Expertenstandard  
Pflege von Menschen mit chronischen Wunden**

1. Aktualisierung 2015

einschließlich  
Kommentierungen und Literaturstudie

# Was sagt Panfil

## 24.2.3.4 Instrumente, sterile Medizinprodukte und Wundspüllösungen

Die Vorbereitung umfasst das Bereitstellen geeigneter steriler Instrumente, steriler Medizinprodukte und einer geeigneten Wundspüllösung. Die Anforderungen an eine Wundspüllösung werden im Europäischen Arzneimittelbuch (Pharm. Eur.) definiert. Sie soll in Behältern zur einmaligen Nutzung abgefüllt und steril sein. Diese Bedingungen werden beispielsweise durch Behälter mit einer Menge für eine Spülung mit physiologischer Kochsalzlösung oder Ringerlösung erfüllt. Werden entsprechende Infusionslösungen in Literflaschen bereitgestellt und über einen längeren Zeitraum mehrfach Dosen für verschiedene Spülgänge entnommen, liegt ein Verstoß gegen das Arzneimittelrecht vor, da Mehrdosisbehälter konserviert und mit einem Verfallsdatum ab erstem Anstechen versehen sein müssen (RKI, 2002).

Leitungswasser wird immer wieder als Wundspüllösung empfohlen. Steril steht es aber nur extra sterilisiert oder steril filtriert (mittels Sterilfilter mit 0,2 µm Porengröße) zur Verfügung (RKI, 2005; ICW e.V., 2012). Direkt aus der Leitung sind laut Trinkwasserverordnung 100 KBE/ml zulässig (KBE = koloniebildende Einheit, d. h. ein sich vermehrendes Bakterium). Vor allem in Privatwohnungen muss jedoch bei älteren und verkalkten Armaturen mit höheren Keimzahlen gerechnet werden. Die häufig vorgefundenen Wasserkeime, wie z. B. *Pseudomonas aeruginosa*, sind bekannte Wundinfektionserreger. Der Einsatz von nicht sterilisiertem Leitungswasser z. B. in Wunden ist bei der heutigen Rechtslage nicht mehr vertretbar. Gelegentliche Hinweise aus der Literatur auf die Verwendungsfähigkeit stammen in der Regel aus Ländern, die Leitungswasser deutlich höher chlorieren, als dies in Deutschland der Fall ist.

## 24.2.3.5 Richten der Materialien

Nun werden die benötigten Materialien gerichtet und eine undurchsichtige Abfalltüte für den alten Verband sowie eine Nierenschale zum Auffangen der Spüllösung bereitgestellt.

Werden die Instrumente wieder aufbereitet, kommt eine bruch- und durchstichsichere, flüssigkeitsdichte Box zum Transport gebrauchter Instrumente hinzu. Bereitzustellen ist außerdem ein bruchsicherer, durchstichsicherer und flüssigkeitsdichter Behälter zur Entsorgung der «Sharps» (Kanülen, Skalpellklingen etc.). Gemäß Ziffer 4.2.4 TRBA/BGR 250 (TRBA/BGR, 2003) sind bei Patienten, bei denen sich eine infektiöse Hepatitis B, C oder HIV-Infektion nicht sicher ausschließen lässt, stichsichere Arbeitsgeräte (Kanülen, Lanzetten) einzusetzen, bei denen Spitzen direkt nach Einsatz am Patienten durch einen Schutz bedeckt und damit unschädlich gemacht werden können. – Sterile Handschuhe sind bereitzulegen, wenn die Wunde während des Verbandwechsels direkt mit den Händen berührt werden muss, z. B. um eine Tamponade zu applizieren. Kann dagegen die Versorgung ausschließlich mit Instrumenten durchgeführt werden (No-touch-Technik), reichen keimarme Einmalhandschuhe oder frisch desinzierte Hände aus (RKI, 2005).



# Was sagt der Expertenstandard

## **P3b Die Pflegefachkraft gewährleistet eine hygienische und fachgerechte Wundversorgung sowie eine kontinuierliche Umsetzung der Maßnahmenplanung unter Einbeziehung des Patienten/Bewohners und seiner Angehörigen.**

Zu einem hygienisch fachgerechten Umgang mit chronischen Wunden gehören gemäß fachlicher und rechtlicher Grundlagen:

- Schutzkleidung für alle beteiligten Personen;
- keimarme Einmalhandschuhe;
- regelgerechte Händedesinfektion, eine adäquate persönliche Händehygiene, z. B. keine künstlichen Fingernägel, kein Nagellack sowie Schmuck, der die Händehygiene einschränkt;
- Non-Touch-Technik, der Einsatz von sterilen Instrumenten (z.B. Pinzetten, Scheren), sterilen Wundauflagen und sterilen Spülflüssigkeiten sowie der korrekte Umgang mit Einmalprodukten.

Zum Thema Leitungswasser versus sterile Lösung zur Reinigung der Wunde gibt es keine grundlegenden neuen Erkenntnisse. Der Einsatz von Trinkwasser wird sowohl in aktuellen Leitlinien als auch in der Praxis weiterhin kontrovers interpretiert und diskutiert:

- Die Aussage, dass Leitungswasser, bzw. Trinkwasser keine negativen Einflüsse auf Infektionsraten und Wundheilung hat, wird vor allem durch Forschung in Ländern gestützt in denen Trinkwasser chloriert wird, die Forschungsergebnisse können derzeit nicht für deutsche Verhältnisse übernommen werden.
- Diskutiert wird die bestehende und zulässige Verkeimung des Trinkwassers, laut Trinkwasserverordnung in Deutschland, sowie die Gefahr einer Kontamination durch Wasserleitungen und Wasserspender.
- Die S3-Leitlinie der DGFW formuliert keine explizite Empfehlung zur Verwendung von Leitungswasser/Trinkwasser zur Wundreinigung. Diskutiert wird auch der Widerspruch zwischen der Forderung nach sterilen Verbandwechseln mit Non-Touch-Technik und dem Einsatz von nicht-sterilen Reinigungslösungen.

Auf Basis dieser Überlegungen hat sich die Expertenarbeitsgruppe mehrheitlich für den Einsatz von sterilen Wundspüllösungen für die Reinigung der hier behandelten chronischen Wunden ausgesprochen. Bei kritisch kolonisierten und keimbelasteten Wunden und bei Patienten mit geschwächter Immunkompetenz ist die Anwendung von Antiseptika bei der Wundreinigung sinnvoll.



## Vere Luzer Wundr

Pflegefachkräfte übernehmen im Rahmen der Wundversorgung auf der Grundlage einer ärztlichen Verordnung die Verantwortung für die fachgerechte Durchführung der Maßnahmen. Sollte die ärztliche Verordnung nicht dem aktuellen Wissensstand entsprechen, sind sie verpflichtet, auf diesen Sachverhalt hinzuweisen. Die Pflegefachkraft sollte dokumentieren, dass sie mit dem Arzt über die Anordnung gesprochen hat und was das Ergebnis des Gespräches war. Die Anwendung von unsterilen Materialien oder der mehrmalige Gebrauch von Einmalmaterial ist aus Sicht der Expertenarbeitsgruppe generell abzulehnen. Die Einrichtungsleitungen sollten dafür Sorge tragen, dass eine den Vorgaben entsprechende Versorgung des Patienten/Bewohners sichergestellt ist.

Alle durchgeführten Maßnahmen der beteiligten Berufsgruppen werden fortlaufend evaluiert und dokumentiert, sodass die Umsetzung des Maßnahmenplans und der Fortschritt der Behandlung der Wunde und der wund- und therapiebedingten Einschränkungen nachvollziehbar ist.

Die in diesem Standard besonders betonte Förderung der gesundheitsbezogenen Selbstmanagementkompetenzen von Patienten/Bewohnern und ihren Angehörigen, ohne die eine kontinuierliche Wundversorgung nur sehr schwer zu erreichen ist, darf nicht zu einer Überforderung der Betroffenen führen. Hier ist sensibel auf Überlastungshinweise zu achten und auch regelmäßig nachzufragen, ob der Patient/Bewohner und seine Angehörigen mit der Situation zurechtkommen. Ist dies nicht der Fall, muss die Pflegefachkraft temporär oder auch längerfristig die Versorgung der Wunde übernehmen.

**E3 Die koordinierten und aufeinander abgestimmten Maßnahmen sind sach- und fachgerecht umgesetzt, ihre Durchführung und Wirkung fortlaufend dokumentiert. Der Patient/Bewohner und seine Angehörigen erleben die aktive Einbindung in die Versorgung positiv.**

Das Vorgehen der beteiligten Berufsgruppen ist sowohl inhaltlich als auch organisatorisch aufeinander abgestimmt. Aus der Dokumentation werden die Maßnahmen der hygienischen Wundversorgung und zum Umgang mit individuellen wund- und therapiebedingten Beeinträchtigungen sowie, je nach Grunderkrankung, zu Druckentlastung, Bewegungsförderung, Kompressionstherapie, Ernährung und Rezidivprophylaxe deutlich. Darüber hinaus enthält sie Aussagen zu den gesundheitsbezogenen Selbstmanagementkompetenzen des Patienten/Bewohners und seiner Angehörigen und zu seiner Beteiligung an der Umsetzung der Maßnahmen. Die Durchführung und fachgerechte Umsetzung der Maßnahmen sind für alle beteiligten Berufsgruppen und für den Patienten/Bewohner und seine Angehörigen verständlich und nachvollziehbar dokumentiert. Die Wirkung der einzelnen Maßnahmen ist fortlaufend dokumentiert.

Der Patient/Bewohner und seine Angehörigen sind im Rahmen ihrer Fähigkeiten und ihrer Bereitschaft in die Versorgung der Wunde und die Maßnahmen zur Minimierung wund- und therapiebedingter Einschränkungen eingebunden. Sie geben an, dass sie sich angemessen an der Umsetzung der Maßnahmen beteiligen können, sich also nicht überfordert oder bevormundet fühlen.



Verein  
Luzerner  
Wundmanagement

Wie sieht es nun in der Praxis aus?



## Lagerung und Haltbarkeit von sterilem Material

- Die sterilen Materialien müssen trocken und staubfrei in verschliessbaren Boxen gelagert werden.
- Beim Verbinden muss eine Trennung zwischen sauberer Zone sowie unsauberer Zone stattfinden, um eine Kontamination des sterilen Materials zu verhindern.
- Die Vorgaben für die Haltbarkeit der Materialien müssen eingehalten werden.
- Es dürfen nur «nicht-abgelaufene» Produkte verwendet werden.
- Die Sterilität ist nur beim ersten Öffnen gewährleistet, nachher gelten die geöffneten Packungen nicht mehr als steril.

150 Stück  
24 x 30 cm

Art No  
203 415

Hochwertiges Airlaid Wasch- und Reinigungstuch





## Hygiene beim Verbandwechsel

- Es wird mit der der Non-Touch-Technik („Nicht-Berührtechnik“) verbunden.
- Wichtig ist es eine sauber Fläche zu schaffen, dazu kann ein steriles Abdeckvlies verwendet werden.
- Wundabdeckung mit sterilem Verbandsmaterial. Es ist nicht zulässig sterile Materialien wieder zu verschliessen und aufzubrauchen. Diese Produkte gelten als Einwegprodukt.
- Haustiere sind während dem Verband nicht im gleichen Zimmer erlaubt.



Verein  
Luzerner  
Wundmanagement

073 069/8 (170316) Made in France

**REF** 413 710



0 1 2 3



**STERILE** **EO**

PAP



The sealed seam of the peel pack contains natural rubber latex, which may cause allergic reaction

Grüne  
Green  
Côté















ER

eler

[Redacted]

350 ml

VAL





## Hygiene beim Verbandwechsel

- Wundreinigung je nach Wundsituation.
- Beim Verbandwechsel werden Handschuhe getragen und erst am Schluss, beim Applizieren der neuen Wundabdeckung, diese ausgezogen.
- Je nach Wundsituation werden 2-3 Pinzetten für den Verbandwechsel benötigt.



# Wundbäder

## Ab und zu wird es noch verordnet, Betadine-Fussbad.....

Das Baden von Wunden, indem die betroffene Extremität in eine Wanne gehalten wird, ist nicht mehr zeitgemäss, weil es diverse hygienische Risiken mit sich bringt:

- Keime, Eiter und Wundexsudat fließen nicht ab, gelangen immer wieder an die Wunde
- Leitungswasser ist immer keimbelastet (es gibt kein steriles Leitungswasser)
- Verwendetes Gefäss ist in der Regel nicht steril
- Auch der Zusatz eines Antiseptikums garantiert keine Keimfreiheit, da das Antiseptikum durch das Leitungswasser verdünnt wird  
(W. Sellmer)



# Panfil schreibt:

## 25.7.2.3 Obsolete Methoden und Vorgehensweisen

### Wundbäder

Aufgrund fehlender Wirknachweise und Sinnhaftigkeit, Gefahr der Keimverschleppung sowie signifikanter Nachteile (ungenügender Kontakt zum Wirkstoff, hoher Preis, falsche Wirkstoffkonzentration, mikrobiologische Problematik etc.) gilt das Baden von Wunden als unzeitgemäß (Alternative: Duschen mit Sterilfilter).

### Trockene Wundverbände

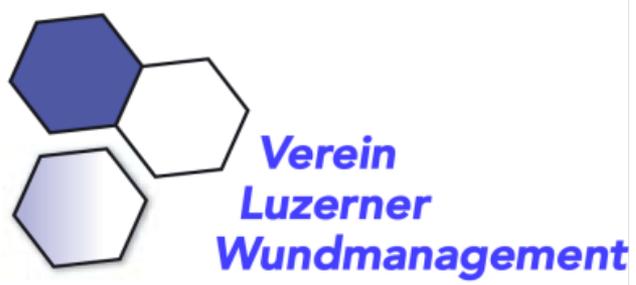
Antrocknende, schmerzhafte, auskühlende und Rückstände in der Wunde lassende Wundverbände sind obsolet. Das gilt auch für das Belassen von Fettgaze über die vorgegebene Zeit von meist einem Tag hinaus.

### Unsteriles Arbeiten

Das Aufbewahren und die Weiterverwendung von Einmalartikeln (gem. MPG und AMG) sind für den Patienten gefährlich und daher verboten. Einmalartikel nach dem MPG (durchgestrichene 2) sind nach Anbruch zu verwerfen. Sterillösungen zur einmaligen Anwendung sind spätestens nach 24 Stunden zu entsorgen.

### Wirkstoffkombinationen

Während wirkstofffreie Wundverbände, wie Gele, Alginat und Polyurethanschäume, aufgrund der sehr ähnlichen Zusammensetzung nahezu beliebig kombiniert werden können, ist die Kombination wirkstoffhaltiger Produkte (Antiseptika, Silberprodukte, Arzneimittel, Rezepturen etc.) ohne Firmenanordnung zu unterlassen. Rechtlich erfüllen derartige Kombinationen den Tatbestand der Herstellung und übertragen die Verantwortung der Gesamttherapie auf den Ausführenden.



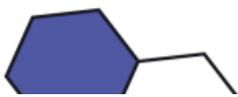
# Wunddokumentation

# Wunddokumentation

- **Wundassessment:** Ist die Beschreibung der lokalen Wundsituation anhand vorgegebener Parameter, wie z.B. Grösse, Tiefe, Exsudat usw.
- **Wundanamnese:** Sie erfasst alle systemischen Aspekte, die für die Wundheilung aus medizinischer und pflegerischer Sicht relevant sind. Bei der Pflegeanamnese erfragen die Pflegefachfrau oder der Pflegefachmann, wie der Patient subjektiv seine Wunde erlebt und deren Auswirkungen auf den Alltag. Daraus wird die PPL abgeleitet.
- **Wunddokumentation:** Diese umfasst das schriftliche Dokumentieren der Ergebnisse des Wundassessments und der Wundanamnese.

# Wunddokumentation

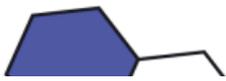
- **Wundbeurteilung/Wundstatus:** Eine Wundbeurteilung ist ein strukturiertes Erfassen von relevanten Kriterien inkl. Foto, die den Ist-Zustand einer Wunde und ihrer Umgebung beschreiben und somit eine Beurteilung der Wundheilung ermöglichen.
- **Monitoring:** Monitoring bedeutet die Überwachung der Wundheilung auf Wundveränderungen und unerwünschte lokale und systemische Wirkungen und Ereignisse während der durchgeführten Therapie (Panfil & Schröder, 2015, S. 171).



# Wundanamnese

Monat: \_\_\_\_\_ Jahr: \_\_\_\_\_ Lfd. Nr.: \_\_\_\_\_

| Erhebung durch:                                  |   | Bezeichnung der Wunde:               |   | Ext. Wundberatung:                        |                                    |                                 |   |                                      |                       |                            |   |
|--|---|--------------------------------------|---|---|------------------------------------|---------------------------------|---|--------------------------------------|-----------------------|----------------------------|---|
| Datum:   |   | Behandelnder Arzt:                   |   | Ansprechpartner:                          |                                    |                                 |   |                                      |                       |                            |   |
| Uhrzeit:   |   | Telefon:                             |   | Telefon:                                  |                                    |                                 |   |                                      |                       |                            |   |
| Art der Wunde                                    | Ursache   | Grad der Wunde / der Grunderkrankung |   | Art der Wunde                             | Ursache                            | Gradeinteilung                  |   |                                      |                       |                            |   |
| <input type="checkbox"/> Dekubitus               | lokale Druckwirkung                               | <input type="checkbox"/> Grad 1      | nicht wegdrückbare Rötung; Haut intakt                                      | <input type="checkbox"/> Diabetischer Fuß |                                    | Diabetes mellitus               | nach Wagner / Armstrong (z.B. 2C):                          |                                      |                       |                            |   |
|  |   | <input type="checkbox"/> Grad 2      | oberflächlicher Hautdefekt bzw. Blasenbildung                               | Wagner Armstrong                          | ↕                                  | 0                               | 1   | 2                                    | 3                     | 4                          | 5 |
|  |   | <input type="checkbox"/> Grad 3      | Defekt von Ober- und Lederhaut bis zur Faszie                               | A   | Keine Läsion; evtl. Fußdeformation | Oberflächliche Wunde            | Wunde bis Ebene der Gelenkkapsel / Sehne                    | Wunde bis Ebene von Knochen / Gelenk | Nekrose von Fußteilen | Nekrose des gesamten Fußes |   |
|  |   | <input type="checkbox"/> Grad 4      | alle Hautschichten einschl. Knochen, Sehnen; Nekrose                        | B   | mit Infektion                      | mit Infektion                   | mit Infektion   | mit Infektion                        | mit Infektion         | mit Infektion              |   |
| <input type="checkbox"/> Ulcus cruris venosum    | chronisch venöse Insuffizienz (CVI)               | <input type="checkbox"/> Grad 1      | besenreiserartige Venen (halbrundf. um Knöchel / oberhalb d. Fußgewölbes)   | C   | mit Ischämie                       | mit Ischämie                    | mit Ischämie  | mit Ischämie                         | mit Ischämie          | mit Ischämie               |   |
|  |   | <input type="checkbox"/> Grad 2      | zusätzlich z.B. Pigmentveränderungen, um Knöchel / oberhalb d. Fußgewölbes) | D   | Infektion & Ischämie               | Infektion & Ischämie            | Infektion & Ischämie  | Infektion & Ischämie                 | Infektion & Ischämie  | Infektion & Ischämie       |   |
|  |   | <input type="checkbox"/> Grad 3a     | abgeheiltes Ulcus cruris venosum  | Art der Wunde                             |                                    | Ursache                         | Grad der Wunde / der Grunderkrankung                        |                                      |                       |                            |   |
|  |   | <input type="checkbox"/> Grad 3b     | florides Ulcus cruris venosum   | <input type="checkbox"/> Verbrennung      | lokale Wärme- einwirkung           | <input type="checkbox"/> Grad 1 | oberflächliche Schädigung mit Rötung / Schwellung           |                                      |                       |                            |   |
| <input type="checkbox"/> Ulcus cruris arteriosum | periphere arterielle Verschluss- krankheit (pAVK) | <input type="checkbox"/> Stadium 1   | keine Beschwerden   |   |                                    | <input type="checkbox"/> Grad 2 | zusätzlich Blasenbildung (nach 12 - 24 Std.)                |                                      |                       |                            |   |
|  |   | <input type="checkbox"/> Stadium 2a  | schmerzfremde Gehstrecke > 100 m  |   |                                    | <input type="checkbox"/> Grad 3 | Schädigung zentral weißlich verfärbt und schmerzempfindlich |                                      |                       |                            |   |
|  |   | <input type="checkbox"/> Stadium 2b  | schmerzfremde Gehstrecke < 100 m  |   |                                    | <input type="checkbox"/> Grad 4 | Verkohlungen  |                                      |                       |                            |   |
|  |   | <input type="checkbox"/> Stadium 3   | Ruhschmerzen und Nachtschmerzen   | <input type="checkbox"/> Sonstige Wunde   |                                    |                                 |   |                                      |                       |                            |   |
|  |   | <input type="checkbox"/> Stadium 4a  | Nekrosen, Ulcera, Gangrän   |   |                                    |                                 |   |                                      |                       |                            |   |
|  |   | <input type="checkbox"/> Stadium 4b  | sekundäre Infektion der Nekrosen  |   |                                    |                                 |   |                                      |                       |                            |   |
| <input type="checkbox"/> Ulcus cruris mixtum     | Mischform aus CVI und pAVK                        |                                      |   |   |                                    |                                 |   |                                      |                       |                            |   |



# Wundanamnese

Monat: \_\_\_\_\_ Jahr: \_\_\_\_\_ Lfd. Nr.: \_\_\_\_\_

| Entstehung der Wunde  | Lokalisation |
|---|--------------|
| <p><b>Vorgeschichte:</b></p> <p>Wunde besteht seit: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Erstmalige Wunde</p> <p><input type="checkbox"/> Rezidiv; Rezidivzahl: _____</p> <p>Letzter Rezidivfreier Zeitraum (Monate): _____</p> <p><b>Wunde ist entstanden:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Unfall</p> <p><input type="checkbox"/> Krankenhaus</p> <p><input type="checkbox"/> stationäre Pflege</p> <p><input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege</p> <p><input type="checkbox"/> ambulant - Laienpflege</p> <p><input type="checkbox"/> ambulant - Pflege durch Pflegedienst</p> <p><input type="checkbox"/> unbekannt</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges: _____</p>   |              |
| <p><b>Begleiterkrankungen / heilungerschwerende Faktoren</b></p> <p><input type="checkbox"/> Adipositas</p> <p><input type="checkbox"/> Mangelernährung</p> <p><input type="checkbox"/> Kachexie</p> <p><input type="checkbox"/> Anämie</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes mellitus</p> <p><input type="checkbox"/> Polyneuropathie</p> <p><input type="checkbox"/> KHK (Koronare Herzerkrankung)</p> <p><input type="checkbox"/> CVI (Chronisch Venöse Insuffizienz)</p> <p><input type="checkbox"/> pAVK (Periphere Arterielle Verschlusskrankheit)</p> <p><input type="checkbox"/> mangelnde Motivation / Mitarbeit</p> <p><input type="checkbox"/> Medikamente (z.B. Kortison, Antibiotika, Zytostatika)</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges: _____</p> |              |

<< **KP\_Wunddokumentation, He** >>

Hinterimpktr, 6000 Luzern 4  
 geb. 14.04.1903    Kl.nr. 411989  
 Tel. 11110111111    Stammdaten

**Informationssammlung**

|              |           |           |
|--------------|-----------|-----------|
| interRAI/RAI | Risiken   | Biografie |
| Assessments  | Diagnosen | Allergien |

**Planung**

|               |               |
|---------------|---------------|
| Pflegeplanung | Tagesstruktur |
|---------------|---------------|

**Durchführung**

|                 |                |                |
|-----------------|----------------|----------------|
| Vitalwerte      | Pflegebericht  | Reservemedi... |
| Essen/Trinken   | Ausscheidung   | Sturzprotokoll |
| Schmerzproto... | Hautinspektion |                |

**Evaluation**

|             |            |
|-------------|------------|
| Pflegeziele | Pflgeviste |
|-------------|------------|

**Ärztliche Verordnungen**

|             |               |
|-------------|---------------|
| Medikamente | <b>Wunden</b> |
|-------------|---------------|

Wunden     aktuelle     abgeheilte / abgeschlossene

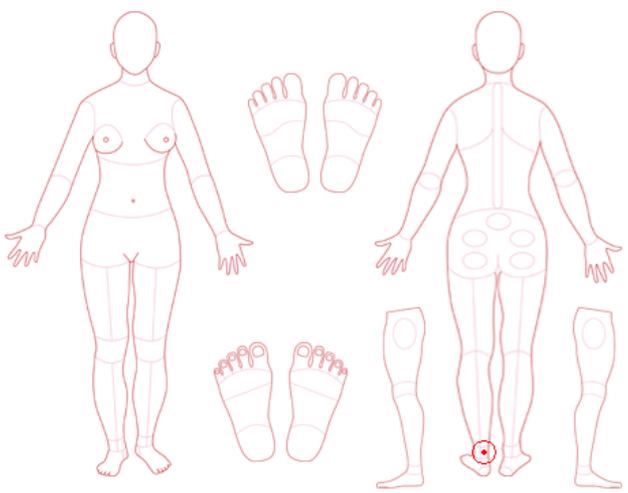
| Wunde Nr. | Wunde seit | Wundart              | Wundgrad | Wundlokalisierung | Kurzbez.     |
|-----------|------------|----------------------|----------|-------------------|--------------|
| 1         | 20.01.2018 | Ulcus cruris venosum | Grad 3b  | Innenknöchel lin  | Ulcus cruris |

Erhebungen zur Wunde Nr. 1

| Erhebung am | Art          | Durch |
|-------------|--------------|-------|
| 18.03.2018  | Ersterhebung | RC64  |



18.03.2018 Ersterhebung



18.03.2018 Ersterhebung





## Erhebung

durch Mitarbeiter

Röööli, Claudia

RC64

Datum

11.01.2019

Uhrzeit

09:19

## Allgemeine Angaben

Kurzbezeichnung

US li medial

Behandelnder Arzt

Inselspital Bern Frauenklinik, 3000 Bern



Tel.: 031 632 12 31

(keine Angabe)

Effingerstrasse 102, 3000 Bern

Wundmanager  
(Extern)

Claudia Röööli,



Tel.: 076 311 47 40

Wundambulatorium

Orthopädie LUKS, 6000 Luzern 16



Tel.: 041 205 47 70

Ggf. Ansprechpartner

## Art der Wunde

Ärztlich gesichert

Wundart

Ulcus cruris venosum

(Gradeinteilung nach  
Widmer)

Stadium

Ulcus cruris venosum

florides Ulcus

Ulcus cruris arteriosum

Ulcus cruris mixtum

Diabetischer Fuss

Verbrennung

Sonstige Wunde

Begleiterkrankungen

Ulcus cruris: Sonderformen

schwerende Faktoren

 Adipositas

Exulcerierendes Karzinom

Kachexie

 Anämie

(keine Angabe)

Polyneuropathie

 KHK (koronare Herzerkrankung) CVI (chronisch venöse Insuffizienz) pAVK (periphere arterielle Verschlusskrankheit) mangelnde Motivation / Mitarbeit Medikamente  
(z.B. Kortison, Antibiotika, Zytostatika) Sonstige

## Entstehung der Wunde

Wunde seit

24.12.2018

Wunddauer 19 Tage

bzw. seit

Ungefäher  
Zeitpunkt Erstmalige Wunde Rezidiv: Rezidivzahl

1

Letzter rezidivfreier  
Zeitraum (Monate)

12

Entstehung

Krankheit

Bemerkung

## Beim Wundassessment (Anamnese) und bei der Wund-Beurteilung (Wundstatus) werden folgende Parameter erfasst:

- medizinische Wunddiagnose oder Wundart
- Wunddauer
- Rezidive
- Wundlokalisierung
- Grösse (Länge/Breite/evtl. Fläche)
- Wundgrund oder Wundbeschaffenheit (nach Farbe, Schwarz, Gelb, Rot, Rosa)
- Exsudat (Quantität und Qualität)
- Geruch
- Wundrand
- Wundumgebung
- Infektionszeichen und
- Schmerzen

## Beim Monitoring werden folgende Parameter beurteilt:

- Veränderung der Gewebequalität
- Vergrößerung der Wunde
- Exsudation
- Geruch
- Schmerzen
- Anzeichen eines klinischen Infekts
- Und alle negativen Veränderungen die den Heilungsverlauf beeinflussen

## Beim Erstassessment oder Wundanamnese sind folgende Angaben nötig

- Patientendaten: Wie Name, Geburtsdatum, Hausarzt, Krankenkasse usw.
- Medizinische Wunddiagnose/Wundart
- Grunderkrankung
- Wundarten mit Schweregradeinteilung (Dekubitus nach EPUAP/NEPUAP, Ulcus cruris venosum nach Widmer, Ulcus cruris arteriosum nach Fontaine, Diabetisches Fussulcus nach Wagner/Amstrong)
- Bisherige diagnostische und therapeutische Massnahmen
- Wundlokalisierung: grafisch und schriftlich
- Wunddauer: in Zeit
- Wundrezidiv: in Zahl
- Dazu wird eine Foto gemacht

## Beim Wundstatus/Wundbeurteilung werden folgende Parameter/Kriterien beurteilt

**Wundgrund/häufiges Gewebe:** Es ist zu empfehlen, mit Farbe und Gewebetyp zu beurteilen.

- Epithelisation (rosa)
- Granulation (rot)
- Fibrin (gelb)
- avitales Gewebe wie Nekrosen (schwarz), feucht oder trocken
- Dermis, Fettgewebe, Muskel/Faszie, Sehne, Knochen



**SCHWARZ**

**Trockene Nekrose**



**BRAUN / GRAU MATSCHIG**

**Feuchte Nekrose**



**GELB**

**Fibrinbelag**



**ROT**

**Granulationsgewebe**

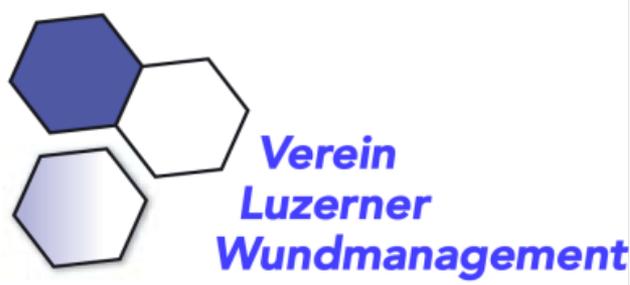


**ROSA**

**Epitelisationsgewebe**



Claudia Rössli, MAS Wound Care



## Beim Wundstatus/Wundbeurteilung werden folgende Parameter/Kriterien beurteilt

### Wundgrösse:

- Länge in cm
- Breite in cm
- Tiefe in cm
- Taschen, Fistel: die Lokalisation orientiert sich an der Uhr, analog zur Anordnung der Uhrzeiten auf einem Zifferblatt und zusätzlich an der Tiefe
  - Die Wundgrösse kann einfach mit Lineal am Wundrand, Tracing oder Planimetrie gemessen werden.
  - Die Wundtiefe wird am besten mit sterilen Materialien erhoben.

## Beim Wundstatus/Wundbeurteilung werden folgende Parameter/Kriterien beurteilt

### Exsudat/Transsudat:

- Menge/Quantität: trocken, feucht, nass evtl. noch sehr nass
- Beschaffenheit/Qualität: klar, serös, blutig, eitrig, grünlich

### Wundgeruch: ja/nein

- da der Wundgeruch oder der Geruch eine subjektive Wahrnehmung ist, wird hier eine möglichst neutrale Messung empfohlen
- Möglichkeiten könnten sein:
  - ist vorhanden
  - nicht vorhanden
  - stark übelriechend
  - Patienten beeinträchtigt
  - soziale Umgebung beeinträchtigt

## Beim Wundstatus/Wundbeurteilung werden folgende Parameter/Kriterien beurteilt

**Wundrand:** Ist der unmittelbare Übergang von der Wunde zur Umgebungshaut (Panfil & Schröder, 2015). Der Wundrand ist der reparativ-epithelisierte Bereich zwischen Wundfläche und angrenzender originaler Haut (DNQP, 2014).

- flach
- wulstig
- unterminiert
- vital
- livide
- mazeriert
- hyperkeratös

## Beim Wundstatus/Wundbeurteilung werden folgende Parameter/Kriterien beurteilt

**Wundumgebung:** Gilt als das die Wunde umgebende Areal (Panfil & Schröder, 2015) oder ist die an den Wundrand oder die Wundfläche angrenzende geschichtete Haut (DNQP, 2014). Hier wird die Umgebungshaut beurteilt:

- Rötung
- Schwellung
- Blasenbildung
- Mazeration
- trockene, rissige oder feuchte Haut
- ekzematös
- atroph
- livide

Beim Wundstatus/Wundbeurteilung  
werden folgende  
Parameter/Kriterien beurteilt

**Infektionszeichen:** Sie geben einen Hinweis auf eine kritische Kolonisation oder Infektion.

- klassische Entzündungszeichen
- oder über die Erfassung des Ausmasses von Exsudat/Transsudat
- Wundgeruch
- Verhärtungen
- vermehrter Schmerz
- fragiles Granulationsgewebe

## Beim Wundstatus/Wundbeurteilung werden folgende Parameter/Kriterien beurteilt

**Wund- bzw. wundnaher Schmerz:** Der Schmerz kann beschrieben werden als:

- klopfend
- einschliessend
- stechend
- spitz
- krampfartig
- brennend
- dumpf

Weiter kann er mit einer numerischen Skala von 0–10 zusätzlich in der Stärke gemessen werden.

Auch die Schmerzart kann erhoben werden, wie:

- Dauerschmerz
- Bewegungsschmerzen
- beim Verbandswechsel oder Berührung
- Ruheschmerz / beim Hochlegen

## Literatur

- DGfW, Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und und Wundbehandlung. (2012). *S3Leitlinie Lokalthherapie chronischer Wunden bei Patienten mit den Risiken PAVK, Diabetes mellitus, CVI*. Von <http://www.awmf.org/leitlinien.html>.
- DNQP, Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege. (2015). *Der Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden 1. Aktualisierung*. Osnarbrück: Hochschule Osnarbrück.
- Panfil E. & Schröder G. (2015). *Pflege von Menschen mit chronischen Wunden* (3. Ausg.). Bern: Hans Huber.
- Sellmer W. (2012). *Wundspülung, -antiseptik, -duschen und Co.*, Wund Management (05/2012 Ausg.). Wiesbaden: mhp-Verlag GmbH
- Spitex Stadt Luzern. (2018). *Hygienekonzept*
- Spitex Stadt Luzern. (2019). *Handlungsanleitung Wundmanagement*